

EDITORIAL

Se abren las páginas del número de apertura (y nunca mejor empleada esta redundancia) del vigésimo quinto volumen de la RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición, y con ellas, se cierra un ciclo en la historia de esta publicación nuestra, para iniciar otro.

Con este volumen 25, la Revista pasa a ser un proyecto editorial conjunto de la SCNCM Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo y el INHEM Instituto de Higiene, Epidemiología y Microbiología de La Habana: la institución que absorbió las misiones y los encargos sociales del que fuera hasta el mes de Abril del 2014 el INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. El cambio del logotipo del auspiciador en la portada de este número de apertura así lo reflejará a partir de ahora.

Otro evento histórico marca el número de apertura del vigésimo quinto volumen de la Revista. Finalmente, la Revista ha recibido el sello que entrega el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (reconocido por todos por las siglas CITMA) por cumplir los requisitos propios de una publicación seriada científico-tecnológica. La entrega del denominado por todos como el sello CITMA abre todo un mundo nuevo de oportunidades a la Revista, pero a la vez, obliga tanto a editores como árbitros, revisores y autores a contraer y asumir superiores responsabilidades.

Conocida de todos es mi posición sobre la relevancia (percibida | real) del sello CITMA para la Revista nuestra.¹ Solo añadiré en este momento que siempre defenderé la máxima calidad científica a la vez que literaria de la comunicación científica en cualquiera de sus formas como condición *sine qua non* (léase también imprescindible) para la jerarquización, la trascendencia, y la supervivencia de la Revista. Por consiguiente, el sello CITMA es solo otra estación más (y en ninguna circunstancia la última ni la definitiva) en nuestros esfuerzos por posicionar a la Revista dentro del catálogo iberolatinoamericano de las publicaciones biomédicas.

Los contenidos incluidos dentro de este número se organizan alrededor de 3 ejes temáticos (que incluso se solapan uno sobre el otro debido a las interconexiones que se pueden establecer entre ellos), a saber: las aplicaciones de la antropometría en la evaluación nutricional de distintas subpoblaciones, la inocuidad y la seguridad alimentarias, y el uso de indicadores bioquímicos en la elaboración de juicios de valor y de pronóstico sobre el estado de salud de ancianos, enfermos crítico, quemados y pacientes oncológicos operados electivamente; y la respuesta a la actuación médico-quirúrgica.

El primero de los artículos que discute las aplicaciones de la Antropometría muestra cómo varía el peso corporal del niño a lo largo de la hospitalización, que puede prolongarse hasta meses. En sí misma, la cuantía de la pérdida de peso (que fue el hallazgo prevalente en la serie de estudio) fue pequeña, numéricamente hablando, pero perder 1 kilogramo de peso puede tener significados y repercusiones diferentes para un niño de 1 año de edad que para un adolescente. Ello refuerza la necesidad de los programas personalizados de intervención alimentaria, nutricional y metabólica para los niños y adolescentes atendidos en los hospitales pediátricos del país.¹

Un segundo trabajo dentro de este primer eje temático orientado similarmente a evaluar el cambio que ocurre en el peso corporal y los accidentes antropométricos de aquellas personas en las que se ha practicado una liposucción abdominal reveló que la pérdida de peso observada transcurridos 6 meses del proceder quirúrgico, si bien fue significativa, no es superior a la que se

obtiene mediante la intervención de los estilos dietéticos y de conducta del sujeto, la restricción del ingreso de energía alimentaria y la promoción del ejercicio físico. Es más: la pérdida de peso post-operatoria fue independiente de la cuantía de la grasa aspirada. La liposucción tiene, ante todo, un fin estético, y no debe entonces reducirse a un sustituto de bajo impacto de la cirugía bariátrica.³ Por cierto, este trabajo extiende otro aparecido previamente sobre los cambios que la liposucción abdominal ejerce sobre las fracciones lipídicas séricas.⁴

Este número de la Revista presenta también el estado de las variables antropométricas en subpoblaciones tan dispares como los obesos mórbidos y los ancianos que viven sin restricciones en una comunidad urbana de la ciudad de La Habana. En los obesos mórbidos, el tamaño de la grasa visceral fue independiente de la circunferencia de la cintura, el IMC, el estado de la utilización periférica de los glúcidos, la presencia de insulinoresistencia, y las concentraciones de las distintas fracciones lipídicas. Igualmente, el tamaño de la grasa visceral fue independiente de la presencia del Síndrome metabólico. Ello apunta hacia la influencia de otras locaciones topográficas de la grasa corporal sobre el *status* metabólico del sujeto, y abre nuevas oportunidades para la comprensión de las intrincadas relaciones entre el tejido adiposo, el páncreas, el hígado, y la utilización periférica de la energía metabólica.⁵

En los ancianos estudiados en el municipio habanero de Playa, aunque se encontró una prevalencia elevada del exceso de peso para la talla, éste no tenía repercusiones sobre los indicadores bioquímicos del estado de salud, como la creatinina sérica, el filtrado glomerular, y las fracciones lipídicas de la sangre; lo que apuntaría hacia un modelo de envejecimiento exitoso, o por lo menos satisfactorio.⁶⁻⁷

El otro eje temático del presente número de la Revista se corresponde con el uso de variables bioquímicas como indicadores del estado de salud y la respuesta terapéutica de ancianos institucionalizados, enfermos oncológicos y pacientes críticamente enfermos. El primero de los trabajos que se integran dentro de este eje temático presenta el estado de la anemia entre ancianas atendidas en un hogar en la ciudad de La Habana. La anemia reconoce numerosas causas, si bien siempre hay que destacar que los estados de deficiencia de hierro constituyen la primera a tener en cuenta cuando se hace el requerido diagnóstico diferencial.⁸ En tal sentido, la anemia afectaba a la quinta parte de las ancianas estudiadas, y la tercera parte de ellas mostraba valores disminuidos del hierro sérico. Este trabajo será seguido de otro que evaluará la respuesta de las ancianas a la terapia de repleción hemínica adoptada.

La citorreducción quirúrgica es un proceder terapéutico que siempre se considera en todo paciente oncológico. Es inmediatamente obvio entonces que cualquier algoritmo que resulte en un juicio pronóstico de la respuesta terapéutica del paciente será bienvenida por médicos y cirujanos.⁹ Así, el segundo de los trabajos dentro del eje temático que nos ocupa presenta la aplicación del puntaje CONUT¹⁰ en pacientes oncológicos operados electivamente a la admisión en una unidad de cuidados críticos de una institución verticalizada en la atención de los mismos. Mediante el puntaje CONUT se señaló a los enfermos con una estadía prolongada en la unidad, reafirmando así el valor pronóstico de esta herramienta para la gestión sanitaria.

El tercer trabajo comprendido dentro de este eje temático describe el comportamiento del nitrógeno ureico urinario (NUU) en los pacientes quemados: la primera exploración de este tipo en escenarios cubanos (por lo menos, que haya sido acomodada en una revista biomédica periódica arbitrada por pares). Confirmando observaciones previas,¹¹⁻¹² el quemado sostuvo una excreción importante de NUU desde el momento de la admisión en la unidad de Quemados, pero los valores del NUU fueron independientes de la superficie corporal quemada (SCQ). Asimismo, la condición del paciente al egreso de la unidad fue independiente de la excreción de NUU. Sin embargo, los valores excretados de NUU disminuyeron progresivamente a medida que se

prolongó la estancia del paciente en el servicio, mientras se incrementaba la pérdida de peso corporal: una señal probablemente del impacto de las adecuadas reanimación y resucitación del quemado durante las etapas iniciales de la agresión térmica, y de las oportunas medidas de intervención nutricional en las posteriores.

Llegado este punto, se hace saber que es posible estimar el NUU en un paciente sin tener que recurrir a las colecciones de 24 horas de orina, explotando y expandiendo los modelos elaborados para analitos tan importantes como la albúmina y el calcio.¹³ La utilidad diagnóstica y clínica del NUU predicho del índice Urea-Creatinina se expondrá en los próximos números de la Revista.

El último trabajo que cierra este segundo eje temático de la Revista es una comunicación breve que completa las observaciones hechas sobre el estado del selenio sérico en pacientes críticamente enfermos atendidos en un centro verticalizado de la provincia del Neuquén, República Argentina.¹⁴ En esta ocasión, los autores examinan las asociaciones que sostiene el selenio sérico con conocidos indicadores bioquímicos del estado nutricional, como la albúmina sérica, el colesterol total, y el Conteo Total de Linfocitos. Lo llamativo en este trabajo es que la hiposelenemia puede anteceder la depleción de tales indicadores bioquímicos, lo que implicaría que el apoyo nutricional debería iniciarse en estos pacientes sin esperar a la afectación ostensible de un indicador bioquímico u otro, en virtud del papel central de este elemento traza en la actividad de los sistemas anti-oxidantes, la inmunidad celular y la replicación del material genético.¹⁵

El tercer eje temático del presente número de apertura se refiere a la seguridad y la inocuidad alimentarias en dos escenarios diferentes y a la vez complementarios: el hospital y la comunidad. Hoy el desafío no radica tanto en producir más alimentos, sino en prevenir que éstos se deterioren antes de llegar al consumidor, y que el consumo de los mismos sea inocuo y seguro. Las nanociencias y las nanotecnologías han respondido a estas demandas actuales, y de resultas de ello, hoy empiezan a aparecer alimentos “inteligentes” con fechas extendidas de conservación, resistentes a las condiciones extremas de almacenamiento y la contaminación microbiana (características deseables en países tropicales como Cuba), y que puedan informar al potencial consumidor no solo sobre la composición nutrimental y la fecha de caducidad de los mismos,¹⁶⁻¹⁷ sin también incorporar compuestos con propiedades farmacéuticas.¹⁸

En un hospital, la garantía de la inocuidad y la seguridad alimentarias pasa por el diseño, implementación y gestión de un sistema integral donde se reúnan la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos (ETA), la evaluación de los riesgos higiénico-sanitarios, y las actividades de higiene personal, colectiva y ambiental, el control de las plagas y vectores, la limpieza y la desinfección, y los programas de capacitación y educación continuada para los manipuladores de alimentos. Solo así se podrá aminorar las pérdidas de alimentos en los hospitales, que pueden representar hasta el 50% de las raciones preparadas diariamente,¹⁹⁻²⁰ a la vez que se asegura de lo que debe ser, con todo derecho, la primera intervención terapéutica: la prescripción dietética hospitalaria.²¹

El número de apertura del vigésimo quinto volumen de la RCAN también incluye otros contenidos no comprendidos necesariamente en los ejes temáticos antes descritos, pero que merecen ser igualmente destacados. Dos de ellos tratan de soluciones para la prestación de cuidados alimentarios y nutricionales en la comunidad.

La necesidad de contener los costos de la atención médica ha justificado la aparición de diferentes paradigmas todos orientados a acortar la estadía hospitalaria y disminuir con ello los costos de la hospitalización,²²⁻²³ mientras que se extienden al hogar del enfermo numerosas acciones antes percibidas de la exclusiva competencia de esta institución sanitaria.²⁴ En tal

sentido, la implementación de terapias de repleción nutricional mediante técnicas de nutrición artificial en el hogar del enfermo es una realidad en numerosas partes del mundo, incluida la América Latina.²⁵

En Cuba no hemos ido más allá de experiencias anecdóticas limitadas a casos clínicos singulares,²⁶ y la tradición siempre ha aconsejado (yo diría más bien obligado) a la provisión de la nutrición artificial durante hospitalizaciones prolongadas del paciente; o, en su defecto, al egreso del paciente sin que se pueda asegurar la continuidad de estas terapias una vez en el hogar.

Es por ello que se debe distinguir el artículo que se muestra en este número dentro de las “Contribuciones originales” dedicado a la provisión personalizada de esquemas de nutrición enteral a niños con tumores sólidos y enfermedades linfo-hematopoyéticas en el hogar mediante la actuación conjunta del Grupo de Apoyo Nutricional y los estamentos directivos y administrativos del hospital de referencia y las unidades de la Atención Primaria de Salud (APS) que operan en la comunidad de residencia del enfermo y sus familiares.²⁷ Este trabajo extiende los resultados mostrados previamente,²⁸ y demuestra la factibilidad tanto procedural como económica²⁹ de este modelo de actuación a domicilio. Espero entonces que esta experiencia se extienda a los sistemas locales de salud del país para asegurarle al enfermo la continuidad de las terapias de repleción nutricional y así una mejor calidad percibida de tratamiento y de vida.

En el 2004, coincidiendo con la “Batalla de las Ideas”, y en aras de elevar la calidad de la atención de salud prestada a la población a nivel comunitario, y ante el auge de las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el país, se impulsó la apertura de servicios de consejería nutricional en los policlínicos docentes comunitarios de la APS.³⁰⁻³¹ Mediante tales servicios, y apoyados en la actuación de personal expresamente calificado para la prestación de los mismos, se intentaba difundir entre la población los mensajes de las guías alimentarias promulgadas,³²⁻³³ a fin de que las personas incorporaran pautas saludables de alimentación y actividad física que resultaran en una reducción del riesgo de morbilidad por afecciones como la Diabetes mellitus y la hipertensión arterial, y de esta manera, una vida más plena.

En todo este tiempo no se había conducido estudio alguno para evaluar la calidad del servicio de consejería nutricional, mucho menos el impacto del mismo. Ahora se presenta en este número los resultados de la auditoría hecha a esta actividad tal y como la prestan los médicos de familia del municipio espirituario de Jatibonico. El desempeño de solo el 10.0% de los médicos examinados fue evaluado de “Bien” | “Excelente”. Las pocas ofertas de capacitación, la escasa privacidad en que transcurre la consulta médica, la baja disponibilidad de infantómetros, y la pobre presencia de las ayudas visuales de las “Guías alimentarias para la población cubana menor de 2 años” fueron referidas como necesidades prácticas y sentidas del médico a la hora de brindar el servicio de consejería nutricional. Sin embargo, y a pesar de estas dificultades, muchos de los destinatarios del servicio (en definitiva los padres/cuidadores/tutores/guardias legales de los niños) se mostraron satisfechos con la consejería nutricional brindada por el médico de la familia; lo que revela que la consejería nutricional no solo es bien apreciada por la comunidad, sino que, además, llena un espacio necesario en la práctica social comunitaria. Los hallazgos mostrados en este estudio deben incentivar las acciones requeridas para salvaguardar la consejería nutricional, dotarla de mejor equipamiento, y llevar a nuevas metas y alturas, todo en bien de la salud del pueblo cubano.

El número de apertura del volumen 25 de la Revista cierra con 2 piezas originales y a la vez interesantes. La primera de ellas es la visión personal del autor de cómo enfocar antropológicamente la formación y la evolución de los hábitos y costumbres alimentarias de una sociedad y una población. Tomando como ejemplo el consumo de chile en México, el autor apela a las teorías elaboradas por el etnólogo francés Claude Lévi-Strauss sobre las semejanzas (antes que

las diferencias) entre el pensamiento primitivo y el tenido como civilizado para explicar que tal práctica alimentaria respondió antes que nada a una necesidad determinada por la conquista y colonización española de México de preservar la carne de res para el consumo humano, y cómo este sabor fue rápidamente asimilado por las colectividades originarias hasta convertirlo hoy en un sello de identidad gastronómica y cultural.

La otra pieza presenta el proceso de elaboración de las competencias de Enfermería en el apoyo nutricional durante la cirugía hepatobiliopancreática. Cada día se conducen procedimientos diagnósticos y terapéuticos más complejos en un hospital. Ello obliga a la actuación en equipo de todos los involucrados en la atención médico-quirúrgica, y la revisión de los desempeños y las calificaciones de los distintos integrantes del grupo básico de trabajo. De ellos, se destaca el personal de Enfermería por ser quien debe asegurarse siempre de la correcta conducción de los procedimientos prescritos, y del cumplimiento estricto de las acciones en ellos contempladas.

Se ha reconocido que muchas veces el personal de Enfermería adquiere las competencias requeridas para asumir los retos que el desarrollo científico-tecnológico impone a la práctica asistencial mediante el tránsito por las distintas etapas de su vida laboral y profesional. Pero en el mundo de hoy el empirismo y la improvisación deben ser superadas por la actuación estructurada, guiada por estándares,³⁴ y orientada a objetivos concretos. En este sentido, el autor propone competencias específicas para la prestación del apoyo nutricional durante la conducción de diagnósticos y procedimientos quirúrgicos en los pacientes afectados por enfermedades del hígado, las vías biliares, y el páncreas (cáncer incluido). La experiencia mostrada en este trabajo puede extenderse a otras super-especialidades de la Enfermería como la atención onco-hematológica, la falla orgánica crónica, y el trasplante de células y órganos sólidos como el riñón.

Las presentaciones del número de apertura del volumen 25 de la RCAN han sido hechas. Le queda entonces al lector la recuperación de los contenidos presentados para su estudio y asimilación, y, lo que es lo más importante, su inculcación en actuaciones que redunden en la salvaguarda del estado nutricional de nuestros pacientes y comunidades.

Dr. Sergio Santana Porbén.
Editor-en-Jefe.
RCAN Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santana Porbén S. ¿La calidad del contenido, o la calidad del contenedor? Editorial del 21 de Agosto del 2013. Disponible en: <http://www.nutricionclinica.sld.cu/Editoriales/Editorial210813.htm>. Fecha de última visita: 15 de Junio del 2015.
2. Alfonso Novo L. Grupos de apoyo nutricional en el mundo pediátrico. Retos, realidades y perspectivas. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2011;21(2 Supl):S40-S45.
3. Sterodimas A, Boriani F, Magarakis E, Nicaretta B, Pereira LH, Illouz YG. Thirty-four years of liposuction: Past, present and future. Eur Rev Med Pharmacol Sci 2012;16:393-406.
4. Escobar Vega H, Bezares Ramos I, Lugo Alonso J, Expósito Jalturín A, León Rodríguez Y. Cambios en las fracciones lipídicas séricas tras la liposucción. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2014;24:249-59.

5. Fabbrini E, Magkos F, Mohammed BS, Pietka T, Abumrad NA, Patterson BW, *et al.* Intrahepatic fat, not visceral fat, is linked with metabolic complications of obesity. *Proc Nat Acad Sci* 2009;106: 15430-5.
6. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: Usual and successful. *Science* 1987;237(4811):143-9.
7. Baumgartner RN. Body composition in healthy aging. *Ann NY Acad Sci* 2000;904:437-48.
8. Landi F, Russo A, Danese P, Liperoti R, Barillaro C, Bernabei R, Onder G. Anemia status, hemoglobin concentration, and mortality in nursing home older residents. *J Am Medical Directors Assoc* 2007;8:322-7.
9. Davies M. Nutritional screening and assessment in cancer-associated malnutrition. *Eur J Oncol Nurs* 2005;9: S64-S73.
10. de Ulibarri Pérez JI, González-Madroño Giménez A, González Pérez P, Fernández G, Rodríguez Salvanés F, Mancha Álvarez-Estrada A, *et al.* Nuevo procedimiento para la detección precoz y control de la desnutrición hospitalaria. *Nutrición Hospitalaria [España]* 2002; 17:179-88.
11. Bell SJ, Molnar JA, Krasker WS, Burke JF. Prediction of total urinary nitrogen from urea nitrogen for burned patients. *J Am Diet Assoc* 1985;85:1100-4.
12. Milner EA, Cioffi WG, Mason AD, McManus WF, Pruitt BA. Accuracy of urinary urea nitrogen for predicting total urinary nitrogen in thermally injured patients. *JPEN J Parenter Enter Nutr* 1993;17:414-6.
13. Salabarría González JR, Santana Porbén S, Liriano Ricabal MR. Excreción urinaria de una sustancia predicha del índice de excreción. *Rev Latinoam Patol Clín Med Lab* 2015;62:119-26.
14. Martinuzzi ALN, Delarriva AL, Fierro J, Baeza G, Vargas JM, Cornú M; *et al.* Estado del selenio sérico en los pacientes atendidos en una unidad polivalente de cuidados intensivos. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:211-9.
15. Vincent JL, Forceville X. Critically elucidating the role of selenium. *Curr Opin Anaesthesiol* 2008;21:148-54.
16. Pereira de Abreu DA, Cruz JM, Paseiro Losada P. Active and intelligent packaging for the food industry. *Food Reviews Int* 2012;28:146-87.
17. Bradley EL, Castle L, Chaudhry Q. Applications of nanomaterials in food packaging with a consideration of opportunities for developing countries. *Trends Food Science Technol* 2011; 22(11):604-10.
18. Torres Giner S, Martínez Abad A, Ocio MJ, Lagaron JM. Stabilization of a nutraceutical omega-3 fatty acid by encapsulation in ultrathin electrosprayed zein prolamine. *J Food Sci* 2010; 75:N69-N79.
19. Barton AD, Beigg CL, MacDonald IA, Allison SP. High food wastage and low nutritional intakes in hospital patients. *Clin Nutr* 2000;19:445-9.
20. Nonino-Borges CB, Rabito EI, Silva KD, Ferraz CA, Chiarello PG, Santos JSD, Marchini, JS. Food wastage in a hospital. *Revista de Nutricao* 2006;19(3):349-56.
21. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: An interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. *J Acad Nutr Diet* 2013;113:1219-37.
22. McKee M, Healy J. The role of the hospital in a changing environment. *Bull World Health Organ* 2000;78:803-10.
23. Preker A, Harding A. The economics of hospital reform: From hierarchical to market-based incentives. *World Hosp Health Serv* 2003;39:3-10,42,44.

24. Ferrell BR, Grant MM, Rhiner M, Padilla GV. Home care: Maintaining quality of life for patient and family. *Oncology (Williston Park)* 1992;6(2 Suppl):136-40.
25. Casasola S, Ferraresi Zarranz EM. Soporte nutricional a domicilio: ¿El paradigma último de la provisión de cuidados nutricionales al enfermo? *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2011; 21:303-21.
26. Santana Porbén S. Intervención nutricional en el traumatismo craneoencefálico cerrado. Experiencias de la atención nutricional a domicilio. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2010; 20:145-51.
27. Jiménez García R, Domínguez Jiménez R, Santana Porbén S, Alfonso Novo L, Torres Amaro A. Metodología para la implementación del soporte nutricional enteral personalizado como alternativa de la nutrición enteral domiciliaria. *Rev Cubana Pediatr* 2012;84:318-26.
28. Jiménez García R, García-Bango Chabau J, Santana Porbén S, Pérez Martínez E, Piñeiro González E, Sánchez Ferrás I, Torres Amaro A. Soporte nutricional enteral personalizado en el hogar: Hacia una integración en los cuidados nutricionales ambulatorios. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2012; 22:216-27.
29. Domínguez Jiménez R, Jiménez García R, Broche Morera RA, Santana Porbén S. El Grupo de Apoyo Nutricional integrado dentro del eje de la gerencia hospitalaria. Resultados e impacto. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2014;24:63-75.
30. Jiménez S, Rodríguez A, Pita G, Zayas G, Díaz ME, Castanedo R, Rodríguez-Ojea A, Morejón P, Cardona M. Consejería en alimentación y nutrición. Manual de Apoyo. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2011.
31. Sánchez R, Jiménez S, Caballero A, Porrata C, Selva L, Pineda S, Bermúdez M. Educación alimentaria, nutricional e higiene de los alimentos. Manual de capacitación. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2004.
32. Jiménez Acosta S, Pineda Pérez S, Sánchez Ramos R, Rodríguez Suárez A, Domínguez Ayllón Y. Guías alimentarias para niñas y niños cubanos hasta 2 años de edad. Documento técnico para los equipos de salud. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2009.
33. Porrata C, Castro D, Rodríguez L, Martín I, Sánchez R, Gámez AI; *et al.* Guías alimentarias para la población cubana mayor de dos años de edad. INHA Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos. La Habana: 2009.
34. Comité de Enfermería. FELANPE Federación Latinoamericana de Terapia Nutricional, Nutrición clínica y Metabolismo. Estándares para el desempeño del profesional de Enfermería en terapia nutricional. *RCAN Rev Cubana Aliment Nutr* 2010;20:361-75.